
СЛУЧАЙ ИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

УДК 616.329–006

КИСТЫ ПИЩЕВОДА. КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ И ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

**Б.С. Ходкевич¹, А.Ю. Добродеев², С.Г. Афанасьев², А.А. Завьялов²,
С.А. Тузиков², Т.В. Полищук², Н.В. Васильев²**

*Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск¹
ГУ «НИИ онкологии Томского научного центра СО РАМН»²*

В статье представлены два случая диагностики и успешного хирургического лечения кист пищевода, выявленных у пациентов в зрелом возрасте, а также проведен обзор литературы, отражающий вопросы клиники, диагностики и лечения кист средостения.

Ключевые слова: киста пищевода, клиника, диагностика, лечение.

ESOPHAGEAL CYSTS

CLINICAL OBSERVATIONS AND LITERATURE REVIEW

B.S. Khodkevich¹, A.Yu. Dobrodeev², S.G. Afanasyev², A.A. Zavyalov²,
S.A. Tuzikov², T.V. Polischuk², N.V. Vasiljev²

Siberian State Medical University, Tomsk¹

Cancer Research Institute, Tomsk Scientific Center SB RAMS, Tomsk²

The paper presents 2 cases of diagnosis and successful surgical treatment of esophageal cysts detected in adult patients. Literature data on clinical symptoms, diagnosis and treatment of mediastinal cysts has been reviewed.

Key words: esophageal cysts, clinical symptoms, diagnosis, treatment.

Частота новообразований средостения в структуре онкологических заболеваний составляет около 1 %. Злокачественные и доброкачественные опухоли встречаются в соотношении 4:1 [3, 7], из них кисты составляют 5–10 % и, в связи с дисэмбриогенетической природой большинства из них, описываются, преимущественно в педиатрической практике [15, 27]. Частота дисэмбриональных кист по материалам аутопсий составляет 1:8200. У лиц мужского пола кистозные образования средостения встречаются в 2 раз чаще, чем у женского, при этом 23 % кист локализируются в зоне верхней трети пищевода, но основная масса выявляется ниже [3, 7, 8]. Из клинических проявлений преобладают дисфагия (20 %), боль в эпигастральной области (20 %) и загрудинные боли (10 %) [4, 7, 9].

В настоящем сообщении представлены два случая диагностики и успешного хирургического лечения кист пищевода, выявленных в зрелом возрасте.

Больной Ш., 25 лет, находился на стационарном лечении в торако-абдоминальном отделении ГУ «НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН» с 11.04.05 по 06.05.05. Заболевание протекало бессимптомно и было выявлено случайно при прохождении флюорографии в январе 2005 г. В стационар пациент обратился самостоятельно, предъявлял жалобы на субфебрильную температуру и снижение трудоспособности. На момент поступления состояние пациента было удовлетворительным. При объективном осмотре – без существенной патологии.

Рентгенография и компьютерная томография (КТ) органов грудной клетки: Средостение расширено вправо за счет объемного образования жидкостной структуры, которое располагается в задних отделах в среднем этаже 54x57x78 мм с неравномерной капсулой, от которой к костальной плевре отходят фиброзные тяжи. Образование оттесняет кпереди и деформирует верхнюю легочную вену справа,

оттесняет вправо и суживает просвет нижнедолевого бронха справа. На уровне нижнего полюса образование прилежит к задней стенке пищевода, суживая его просвет. Заключение: киста заднего средостения.

Фиброгастроскопия: Пищевод свободно проходим до 30–35 см от резцов, далее отмечается выбухание задней стенки пищевода, суживающее просвет на треть. Слизистая смещаемая. В биоптате из этого участка: пласты многослойного плоского эпителия с гиперплазией.

Фибробронхоскопия: Промежуточный бронх справа на уровне шпоры верхнедолевого бронха по медиальной и передней стенкам сдавлен извне. Рисунок колец промежуточного бронха сохранен, слизистая розовая, гладкая. В браш-биоптате: клетки эпителия бронха с признаками пролиферации.

20.04.05 больному произведена передне-боковая торакотомия справа. Ниже бифуркации трахеи позади корня легкого обнаружена опухоль эластической консистенции под мышечной оболочкой пищевода. После рассечения волокон последней произведено вылушивание опухоли. Сопоставления опухоли с просветом пищевода или инвазии в слизистую не отмечено. Произведена эзофагомиопластика. Макропрепарат: удаленная киста овоидной формы, размером 8х8х6 см, содержит жидкий коричневый гной без запаха. Полость кисты выстлана эпителием, напоминающим слизистую желудка. Гистологическое заключение: Энтерогенная киста средостения с нагноением.

Послеоперационный период осложнился развитием нижнедолевой пневмонии справа, купированной консервативной терапией. Заживление раны – первичным натяжением, швы сняты на 12-е сут. Год спустя пациент здоров, жалоб не предъявляет.

Больной А., 41 год, находился на стационарном лечении в торако-абдоминальном отделении «ГУ НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН» с 10.08.04 по 07.10.04. Из анамнеза: в июне 2004 г. в порядке скорой помощи был госпитализирован в городскую больницу № 3 с двукратным эпизодом болей в грудной клетке, которые сопровождались повышением АД до 200/100 мм рт. ст. Кроме этого, отмечал дискомфорт в грудной клетке, связанный с приемом пищи. Поступил

в НИИ онкологии с диагнозом: Опухоль заднего средостения. Общее состояние пациента удовлетворительное. При объективном осмотре – без существенной патологии.

Рентгенография и спиральная КТ органов грудной клетки: Тень средостения не расширена, ниже бифуркации трахеи – массивное объемное образование, связанное с пищеводом, инфильтрирующее его стенки, суживающее просвет и деформирующее его контур. Отмечена инфильтрация парааортальной и параэзофагеальной клетчатки с неоднородной плотностью от 30 до 60 ед. Ниже опухолевого образования отмечено расширение пищевода с инфильтрацией его стенок вплоть до кардии. В этой зоне обнаружено увеличение параэзофагеальных лимфоузлов. Заключение: подозрение на злокачественное новообразование пищевода с инфильтрацией клетчатки средостения и увеличением параэзофагеальных лимфоузлов.

Фиброгастроскопия: На 30 см от резцов до кардии просвет пищевода сужен за счет выбухания правой стенки. Отмечается передаточная пульсация в зоне сдавления. При пальпации щипцами стенка пищевода плотно-эластичная.

Фибробронхоскопия: Патологии бронхиального дерева не выявлено.

Чреспищеводная эхокардиография: За задней поверхностью левого предсердия определяется объемное образование, гипоехогенное, с ровными контурами и тонкой капсулой – весьма вероятно, киста заднего средостения.

23.09.04 выполнена операция в объеме торакотомии слева, иссечения опухоли пищевода. Образование располагалось позади перикарда, в мышечном слое пищевода. Энуклеация опухоли выполнена без повреждения слизистой пищевода. Пластика образовавшегося дефекта местными тканями. Макропрепарат: толсто-стенная киста с эпителиальной выстилкой, напоминающей структуру слизистой оболочки, до 8 см в диаметре с желеобразным содержимым коричневого цвета. Гистологическое заключение: Киста пищевода с внутренней выстилкой, представленной реснитчатым эпителием. Таким образом, окончательный диагноз: Бронхогенная киста стенки пищевода.

Послеоперационный период протекал без особенностей. Пациент выписан в удовлетво-

рительном состоянии, при контроле через два года – здоров.

Дискуссия

Строго говоря, использование термина «киста пищевода», по современным представлениям, не вполне корректно. Правильнее говорить о кистах средостения, в большей или меньшей степени связанных с расположенными в нем органами. Однако это весьма существенно расширяет границы обсуждаемой темы, поскольку в средостении встречается до 100 различных форм новообразований. При этом к истинным доброкачественным и злокачественным опухолям средостения относятся новообразования, источником развития которых являются ткани, эмбриогенетически присущие средостению или абберантные, сместившиеся в медиастинальное пространство в процессе эмбриогенеза.

Большинство отечественных авторов выделяют перикардиальные, бронхогенные, энтерогенные кисты, однако в мировой литературе принято выделять еще и энтерогенные дубликационные кисты [3, 4, 7, 22, 25]. Все эти дисэмбриогенетические новообразования относятся к порокам развития. Кроме того, нельзя забывать и ретенционные кисты, которые являются истинно пищеводными образованиями, а также паразитарные кисты. Отличительными признаками кист при КТ [1, 2, 6] являются наличие тонкой гладкой капсулы и характерных денситометрических показателей, соответствующих жидкости, при этом плотность кист не меняется после в/в контрастирования. В стенке бронхогенных и энтерогенных кист иногда обнаруживаются линейные обызвествления.

Перикардиальные кисты имеют неправильную форму, тонкие стенки и содержат прозрачную бесцветную жидкость. Их образование связано с пороками развития перикарда в эмбриональном периоде. Эти кисты сообщаются с полостью перикарда или связаны с ним ножкой. Излюбленная локализация – правый, реже левый кардиодиафрагмальный угол [1, 2]. Малые кисты бессимптомны, при увеличении размеров могут появиться одышка, сердцебиение, кашель, тяжесть и боль в груди. На рентгенограммах обычно определяется четкая, ровная тень, которая при многоосевом исследовании не

отделяется от тени сердца [10]. Дыхательные пробы изменяют форму кисты, так как стенки ее тонкие.

Ретенционные кисты [7, 22] в пищеводе наблюдаются чрезвычайно редко и не достигают больших размеров. Они образуются в результате возникновения препятствий к выделению секрета желез. Причиной их возникновения могут быть закупорка протока пробкой сгустившегося секрета, развившиеся в результате воспаления или травмы рубцы. В ретенционной кисте сохраняется строение стенки исходной ткани, хотя при растяжении бывает атрофия тканей, в том числе и эпителия.

Эхинококк средостения встречается крайне редко, в большинстве случаев при диссеминированном эхинококкозе. Диагностика его неслучайна, учитывая наличие первичной кисты в печени или легком [3, 7].

Кисты первичной кишки подразделяются на 3 группы:

- 1) бронхогенные,
- 2) энтерогенные
- 3) пищеводные дубликационные кисты [11, 22].

Бронхогенные кисты [8, 9] чаще локализируются в зоне корня легкого, прилегая к главному или долевого бронху. Они тонкостенные, имеют округлую форму, изнутри блестящие, выстланы эпителием, нередко связаны с пищеводом. На рентгенограмме [10] киста имеет полуовальную или грушевидную форму, с четкими и гладкими контурами. Можно видеть толчкообразное смещение кисты при кашле. В случае прорыва кисты наблюдается горизонтальный уровень жидкости. Возможно обызвествление стенок кисты. Бронхогенные кисты образуются в связи с неправильным процессом дихотомического деления первичной трахеи. Эти образования наполнены жидким, тягучим светлым содержимым. Иногда в кисте обнаруживается кровь или гной (чаще при сообщении кисты с просветом бронха). Протекает часто бессимптомно и только при увеличении размеров, нагноении и сдавлении органов средостения появляются боли, дисфагия, кашель, цианоз и другие признаки [8].

Энтерогенные кисты представляют собой участки пищеварительного тракта, полностью

или частично отделенные от него вследствие нарушений эмбриогенеза. Чаще локализуются в заднем средостении вдоль пищевода, вблизи корня легкого, иногда интрамурально в стенке пищевода [1, 3]. Кисты обычно имеют мышечную стенку, внешне напоминают стенку кишки и могут быть выстланы эпителием любого отдела пищеварительного тракта или даже реснитчатым эпителием. Они заполнены жидкостью, интимно связаны с пищеводом, но сообщения с просветом не имеют. Иногда выявляется связь с пищеварительным трактом ниже уровня диафрагмы.

Пищеводная дубликационная киста [17, 24] интимно прилежит к стенке пищевода, часто располагается внутрстеночно и покрыта двумя слоями мышц. Эти дубликатуры образуются вследствие аномальной реканализации желудочно-кишечного тракта и могут быть изолированными или сообщаться с ним. Относительно их происхождения существует две теории. Некоторые исследователи предполагают, что эти кисты образуются вследствие неполной реканализации просвета пищевода, тогда как другие связывают их образование с отпочкованием от первичной кишки в эмбриональном периоде. Эмбриональное развитие шейного отдела спинного мозга и верхнего отдела желудочно-кишечного тракта происходит одновременно и, при нарушении отделения хорды от первичной кишки, создаются условия как для развития кист или дивертикулов, так и патологических изменений в позвоночнике. Развитие аномалий в телах позвонков связывается с происходящим опущением желудка, причем сам желудок при этом оказывается сдавленным. Из остатков спайки между экто- и эндодермой вследствие расщепления хорды на 3-й нед беременности могут развиваться солитарные нейроэктодермальные кисты. К подобным аномалиям относятся интраспинальные кисты, сколиоз с компрессией корешков и другие пороки развития позвоночника, а также атрезия пищевода и пищеводные свищи. Нервные ткани в стенке кисты могут обнаруживаться, но не обязательно. Наличие аномалий в позвоночнике позволяет называть энтерогенные кисты нейроэнтерогенными, несмотря на отсутствие нервной ткани при гистологическом исследовании. Диагностическим симптомом нейроэнтерогенной кисты

является хорошо выявляемое на рентгенограммах [10] округлой формы просветление тел позвонков. Нейроэнтерогенная киста может иметь соединяющую ножку между медиастинальным и интраспинальным компонентами [13, 21]. В связи с этим при иссечении медиастинальных кист необходима ревизия спинномозгового канала для предотвращения рецидива.

Потенциал роста слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта так велик, что определение происхождения гистологической структуры выстилки кисты не представляется возможным. В исследованиях М. Stringer гетеротопическая слизистая желудка была обнаружена в 29 % дубликационных кист [27]. По наблюдениям К. Rattan ни в одном случае в кисте не было обнаружено гетеротопической слизистой желудка [24].

Накопление секрета в кисте вызывает ее увеличение, приводя к росту опухоли, разрыву с развитием инфекционных осложнений [18] и желудочно-кишечному кровотечению. Однако последнее имело место лишь у больных с пептической язвой в сообщающейся дубликационной кисте. Описаны также случаи развития рака в стенке кисты [16]. В случае малигнизации результаты биопсии могут варьировать от рака *in situ* до инфильтрирующей карциномы. Самый распространенный гистотип рака – аденокарцинома, хотя есть сообщения о развитии плоскоклеточного рака [12, 20, 26].

При УЗИ дубликационные кисты представляются в виде гладких сферических, реже тубулярных структур с хорошо очерченными стенками [14]. В половине случаев можно видеть экзогенный внутренний слизистый слой и гипозоногенный наружный слой стенки кисты. Нейроэнтерогенные кисты могут быть выявлены еще во внутриутробном периоде. Современная высокая разрешающая способность УЗИ позволяет выявить аномалию уже на 18-й нед беременности [23]. Дубликационные кисты при КТ имеют гладкую поверхность и не усиливаются контрастом. Магнито-резонансная томография весьма перспективна в диагностике этих образований [6], так как жидкость в кисте вызывает очень интенсивный сигнал и T2-взвешенные томограммы позволяют точно локализовать поражение.

Лечение пищеводных кист зависит от природы опухоли и вызываемых ею симптомов [3, 4, 7]. Спектр лечебных мероприятий включает динамическое наблюдение, повторные аспирации под эндоскопическим или рентгенологическим контролем, инъекция склерозирующих агентов или полное хирургическое удаление [5, 22]. Локализация кисты в абдоминальном отделе пищевода позволяет использовать лапароскопическую технику для хирургического удаления образования. Так, T. Noguchi et al. [19] произвели лапароскопическую резекцию дубликационной кисты у 26-летней женщины.

В случае обнаружения злокачественного роста предпочтительным является комбинированное лечение – сочетание хирургического удаления опухоли с лучевой и химиотерапией. В случаях невозможности хирургического вмешательства эффект может быть достигнут от применения химиолучевого лечения, однако средняя продолжительность жизни при этом составляет 24 нед [9, 22].

Отсутствие рентгенологически определяемых изменений в позвонках, а также результаты гистологического исследования позволяют исключить нейроэктогенную природу кист в обоих представленных клинических наблюдениях. Локализация процессов в грудном отделе пищевода, а также размеры образований исключали возможность эндоскопических манипуляций, однако проведенные оперативные вмешательства не представляли хирургических проблем.

ЛИТЕРАТУРА

1. Власов П.В. Комплексная лучевая диагностика объемных образований средостения. Ч. 2 // Мед. визуализация. 2005. № 4. С. 90–104.
2. Власов П.В., Кармазановский Г.Г. Лучевая диагностика заболеваний органов грудной полости. М.: Издательский дом Видар, 2006. 312 с.
3. Гостищев В.К. Общая хирургия. М.: Медицина, 1997. 672 с.
4. Донченко В.Л., Гарчар Й.Й., Наконечный О.В. и др. Диагностика и хирургическое лечение бронхогенных кист // Хирургия. 2004. № 7. С. 45–46.
5. Клименко В.Н., Барчук А.С., Лемехов В.Г. Видеоторакоскопия в онкологической практике. СПб.: ЭЛБИ, 2005. 144 с.
6. Кондрашов И.А. КТ и МРТ в диагностике опухолей и кист средостения // Мед. визуализация. 1999. № 3. С. 29–33.
7. Русаков В.И. Основы частной хирургии. М.: Медицина, 1997. 512 с.
8. Садовников А.А., Панченко К.И. Бронхогенные кисты легкого // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. 2000. № 4. С. 34–37.
9. Селюкова Н.В., Лазарева Я.В., Ратобильский Г.В., Лакомкин М.М. Бронхогенная киста средостения, сообщающаяся с бронхом // Радиология-практика. 2003. № 1. С. 36–38.
10. Adegboye V.O., Brimmo A.I., Adebo O.A. et al. The place of clinical features and standard chest radiography in evaluation of mediastinal masses // West. Afr. J. Med. 2003. Vol. 13, № 3. P. 208–211.
11. Arbona J.L., Fazzi J.G.F., Mayoral J. Congenital esophageal cyst: Case report and review of literature // Am. J. Gastroenterol. 1984. № 79. P. 177–182.
12. Chuang M.T., Barba F.A., Kaneko M. et al. Adenocarcinoma arising in an intra-thoracic duplication cyst of foregut origin: a case report with review of literature // Cancer. 1981. № 47. P. 1887–1890.
13. Ellis A.M., Taylor T.K. Intravertebral spinal neurenteric cysts: a unique radiographic sign – «the hole in one vertebra» // J. Pediatr. Orthop. 1997. Vol. 17, № 6. P. 766–768.
14. Geller A., Wang K.K., Dimango E.P. Diagnosis of foregut duplication cysts by endoscopic ultrasonography // Gastroenterology. 1995. № 109. P. 838–842.
15. Hajar W., El-Madany Y., Ashour M., Al-Kattan K. Life threatening complications caused by bronchogenic and oesophageal duplication cysts in a child // J. Cardiovasc. Surg. (Torino). 2003. Vol. 44, № 1. P. 135–137.
16. Jacob R., Hawkes N.D., Dallimore N. et al. Squamous carcinoma in an oesophageal foregut cyst // Br. J. Radiology. 2003. Vol. 76. P. 343–346.
17. Kitano Y., Iwanaka T., Tsuchida Y., Oka T. Esophageal duplication cyst associated with pulmonary cystic malformations // J. Pediatr. Surg. 1995. № 30. P. 1724–1727.
18. Kumar D., Samujh R., Rao K.L.N. Infected esophageal duplication cyst simulating empyema // Indian Pediatrics. 2003. № 40. P. 423–425.
19. Laparoscopic resection of intra-abdominal esophageal duplication cyst // Surg. Laparosc. Endosc. Percutan. Tech. 2003. Vol. 13, № 3. P. 208–211.
20. Lee M.Y., Jensen E., Kwak S. et al. Metastatic adenocarcinoma arising in a congenital foregut cyst of the oesophagus: a case report with review of the literature // Am. J. Clin. Oncol. 1998. № 21. P. 64–66.
21. Matsumoto K., Kohmura E., Tsuruzana K. et al. Thoracic solitary neurenteric cyst – case report // No to Shinkei. 1994. Vol. 46, № 1. P. 72–75.
22. Mironenko O.N., Mironenko T.V., Valooski V.V. Tumours and Cysts of Mediastinum: Clinic, Diagnostics, Treatment // Arch. Clin. Exp. Med. 2002. Vol. 11, № 2. P. 166–168.
23. Perera G.B., Milne M. Neurenteric cyst: antenatal diagnosis by ultrasound // Australas. Radiol. 1997. Vol. 41, № 3. P. 300–302.
24. Rattan K.N., Magu S., Rohilla S. Mediastinal foregut duplication cysts // Indian J. Pediatr. 2004. № 71. P. 103–105.
25. Singal A.K., Bhatnagar V., Mitra D.K. Oesophageal duplication cyst causing neonatal haemoptysis // Trop. Gastroenter. 2004. Vol. 25, № 2. P. 88–100.
26. Smith S.M., Young C.S., Bishop A.F. Adenocarcinoma of a foregut cyst: detection with positron emission tomography // Roentgenology. 1996. № 167. P. 1153–1154.
27. Stringer M.D., Spitz L., Abel R. et al. Management of alimentary tract duplication in children // Br. J. Surg. 1995. № 83. P. 74–78.

Поступила 15.12.06